MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS HEBDOMADAIRES STANDARDISÉS ET DES FICHIERS ASSOCIÉS

PMSI - SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Bulletin officiel

Nº 2009/2 *bis*

Fascicule spécial

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS HEBDOMADAIRES STANDARDISÉS ET DES FICHIERS ASSOCIÉS PMSI - SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Date de publication : avril 2009
Directeur de la publication : Michèle Kirry
Rédactrice en chef : Catherine Baude

Réalisation : bureau de la politique documentaire et des systèmes d'information documentaires,
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP, tél. : 01-40-56-45-44

PREFACE

La mise en place de la tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR) à l'issue d'une phase d'expérimentation telle que prévue par la loi, doit intervenir à l'horizon 2012.
Dans l'attente de la définition d'un modèle cible et de ses outils inhérents, un modèle intermédiaire doit être progressivement mis en place.

Dès le printemps 2008, ont été engagés, en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des tests permettant de positionner les établissements concernés par l'activité SSR, relativement à une valeur moyenne régionale de référence issue du modèle basé sur l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA).

Les modalités d'utilisation du modèle IVA dans l'allocation des ressources des établissements de santé ayant une activité SSR seront définies, et progressivement ajustées au cours des campagnes budgétaires et tarifaires qui seront mises en œuvre au cours de la phase d'expérimentation.

Indépendamment du modèle de financement, l'année 2009 doit connaitre une mise à jour du recueil d'information, permettant de mieux décrire l'activité SSR. Des nouveautés en termes de production de l'information médicalisée doivent ainsi être appliquées par les établissements concernés dès janvier 2009. Ces nouveautés ont été définies en concertation notamment avec les fédérations de l'hospitalisation. Les établissements et professionnels du SSR ont pu en prendre connaissance par leur intermédiaire, ainsi que par la publication d'informations et de documents sur le site de l'ATIH.

Ces informations préalables, indispensables pour que les établissements puissent mettre en place les nouveautés de recueil en temps utiles, sont désormais officialisées par la publication d'un arrêté (en date du 15 décembre 2008), modifiant l'arrêté du 22 novembre 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique.
Cet arrêté, dit arrêté "PMSI-SSR", intègre donc les nouveautés de recueil 2009. En outre, trois nouvelles annexes y sont introduites, et publiées chacune sous forme d'un fascicule spécial du bulletin officiel. Ces annexes sont les suivantes :

- Annexe I : manuel de groupage SSR-2009 (BO n°2009-1bis)
- Annexe II : guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés et des fichiers associés en soins de suite et de réadaptation (BO n°2009-2bis)
- Annexe III : catalogue des activités de rééducation-réadaptation version3-2009 (BO n°2009-3bis).

S'agissant du manuel de groupage :
Outre les principes de la nouvelle classification en groupes de morbidités dominantes (GMD), le lecteur (et utilisateur), y trouvera la description détaillée de la classification, par catégorie majeure clinique, ainsi que les principes de construction et d'utilisation de l'IVA.

S'agissant du guide méthodologique :
Le lecteur y découvrira une version entièrement revue du guide méthodologique précédent de production des résumés hebdomadaires. Il y reprend notamment sous forme pratique les nouveautés de recueil décrites dans le corps de l'arrêté, et dont la plus importante, pour les producteurs d'information concerne la production des actes "en nature", au moyen du catalogue des activités de rééducation-réadaptation.

S'agissant du catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) : les utilisateurs y trouveront une version mise à jour du CdARR précédent. Cette troisième version du CdARR comporte des évolutions limitées, dans l'attente d'une refonte plus importante qui sera conduite à compter de 2009.

Comme toujours, en matière de production d'information, chaque lot de nouveautés passe par un surcroît de travail à chaque étape de la chaîne de production, et à l'endroit des différents acteurs concernés.
Je remercie chacun pour le travail d'ores et déjà accompli et mis en œuvre (dont une part se traduit dans les documents ici décrits), et je remercie par avance ceux dont le travail ne fait que commencer, ne doutant pas que tous ont conscience d'agir dans le sens d'une amélioration du dispositif actuel et à venir, et de participer activement à l'impulsion nouvelle en faveur de l'activité SSR.

Une nouvelle étape pour une efficience, accrue de notre système de santé.
Merci de votre engagement.

La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

Annie PODEUR

SOMMAIRE

Cadre du recueil PMSI en soins de suite et de réadaptation

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'activité en soins de suite et de réadaptation publics et privés (articles L. 6111-2[1] et L. 6122-1[2] du code de la santé publique), repose sur le recueil systématique de données médicales, démographiques et de prise en charge, minimales et normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions des articles L. 6113-7[3] et L. 6113-8[4] du Code de la santé publique qui s'appliquent aux établissements de santé, publics ou privés, en matière d'analyse de leur activité.

Ce recueil de données relatives à l'activité des établissements de santé en soins de suite ou de réadaptation (SSR) a été institué pour les établissements publics et les établissements privés financés sous DG (pour leur activité SSR) en juillet 1998 (arrêté du 29 juillet 1998) et étendu aux établissements privés financés sous OQN (pour leur activité SSR) en juillet 2003 (arrêté du 25 juin 2003). Les modalités pratiques de ce recueil avaient été définies dans le *Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés* paru au *Bulletin officiel* sous le numéro 97/5bis. Le présent document actualise les modalités décrites dans le guide précédent : introduction du chaînage (circulaire DHOS n°106 du 22 février 2001) et des résumés de facturation (arrêté du 22 novembre 2006), ajout du recueil du détail des actes de rééducation-réadaptation à compter de l'année 2009.

Les établissements de santé, publics comme privés, en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, quel que soit leur mode de financement, et ayant une activité autorisée en soins de suite ou de réadaptation, sont tenus de produire et transmettre à leur agence régionale d'hospitalisation les fichiers informatiques issus du recueil des résumés hebdomadaires. Ce recueil couvre l'activité d'hospitalisation en SSR. Les établissements privés financés sous OQN sont tenus de compléter ce recueil par un extrait des informations de facturation. Le recueil se doit d'être continu et exhaustif de telle sorte qu'à intervalles réguliers les informations enregistrées puissent être rassemblées en vue de leur transmission. Ce recueil ne couvre ni l'activité de consultation et de soins externes de SSR réalisée dans les établissements de santé, ni les actes réalisés par les intervenants de SSR pour des patients hospitalisés pour une autre activité de soins.

Pour chaque patient, toute prise en charge en hospitalisation en SSR donne lieu à un recueil d'informations. Ce recueil débute avec l'enregistrement d'un séjour administratif dans le système d'information. La description de l'activité est ensuite réalisée par semaine calendaire au moyen d'un résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Ce rythme de description de l'activité est motivé par une durée de prise en charge en SSR pouvant s'étendre sur une longue période et établi à la demande des professionnels pour faire état des évolutions des patients. Pour les établissements privés financés sous OQN les règles de définitions des séjours s'appliquent aussi au système de facturation de façon à permettre le couplage des RHS avec les résumés de facturation.

Les informations contenues dans les RHS représentent un résumé codé et normalisé conforme au contenu du dossier médical du patient. Le recueil des RHS est réalisé au niveau de l'unité médicale, individualisée et repérée par un code spécifique dans

une nomenclature déterminée dont le découpage est sous responsabilité de l'établissement. Néanmoins, pour des raisons de cohérence entre les différentes modalités de découpage figurant dans le fichier structure de l'établissement, une unité médicale doit correspondre à une ou plusieurs unités fonctionnelles ayant une même autorisation d'activité de soins ; le régime des autorisations est en cours de modification (décrets n°2008-376 et n°2008-377 du 17 avril 2008). Dans les établissements privés financés sous OQN, l'unité médicale est en règle générale assimilée à la discipline médicotarifaire (discipline de prestation).

Le recueil PMSI, détaillé par patient et par type d'hospitalisation fait partie intégrante du système d'information de chaque établissement et complète les données agrégées par ailleurs pour des statistiques d'activité. Il peut constituer une base de connaissances quantifiées et utilisables dans une démarche d'analyse de l'organisation des soins, d'évaluation des pratiques, d'épidémiologie ; à ces fins, des équipes ou des établissements peuvent avoir l'initiative de compléter les informations de ce recueil par celles nécessaires pour les analyses envisagées, sous réserve d'une demande d'avis spécifique auprès de la Commission de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les informations des recueils PMSI servent de support à la catégorisation en groupes homogènes médicoéconomiques de l'activité réalisée par chaque établissement. Pour la classification médicoéconomique d'une activité de soins, des références nationales de coûts moyens décomposés observés sont issues d'une étude nationale des coûts spécifique à cette activité. Ces références, combinées à la mise en œuvre du retraitement comptable, peuvent représenter un socle d'analyse économique de l'activité au sein des établissements. Ces références pour le SSR seront produites par l'étude nationale commune des coûts.

Les fichiers produits par extraction depuis le système d'information, sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée sur la plateforme d'échange e-PMSI. Sur celle-ci, les données transmises sont analysées selon un schéma standardisé et le résultat présenté sous forme de tableaux consultables et téléchargeables par les établissements. La validation par les établissements des tableaux descriptifs de l'activité les rend disponibles à leurs services de tutelle (agence régionale d'hospitalisation, caisse d'assurance maladie). Les fichiers transmis et validés alimentent une base nationale de données PMSI SSR, constituée sous responsabilité de l'Etat, et réglementée selon l'arrêté PMSI SSR du 22 novembre 2006 modifié.

Le chapitre I de ce guide précise pour chaque information contenue dans les résumés hebdomadaires standardisés, l'origine de l'information et les nomenclatures à utiliser pour leur codage ; le chapitre II précise pour chaque information contenue respectivement dans le fichier de chaînage et dans le résumé standardisé de facturation, l'origine de l'information et les nomenclatures à utiliser pour leur codage. Le chapitre III décrit les modalités techniques de la production et de la transmission des fichiers de résumés anonymes ; le chapitre IV présente une synthèse du cadre règlementaire de la production et de l'utilisation des données couvertes par le recueil PMSI SSR.

I PRODUCTION DES RÉSUMÉS HEBDOMADAIRES STANDARDISÉS

1. Conditions de production des résumés

Pour chaque hospitalisation complète, de semaine, de jour, de nuit, de séances en SSR dans un établissement de santé public ou privé, un séjour est créé. Il débute le jour de l'admission et se termine le jour de la sortie.

Chaque séjour recouvre un seul type d'hospitalisation : complète ou de semaine, de jour, de nuit, séances. Il peut répondre, tant que les dispositions des décrets du 17 avril 2008 relatifs à la structuration de l'activité spécialisée des établissements SSR ne sont pas effectives dans l'établissement, à un ou plusieurs types d'activité autorisée, soins de suite médicalisés ou rééducation fonctionnelle. En cas de changement de type d'hospitalisation, un nouveau séjour est créé.

Dans le cadre de l'hospitalisation complète, la présence des malades est continue, hormis pour une permission dont la durée ne peut excéder 48 heures[5]. Une absence de plus de 48 heures au cours d'une hospitalisation complète entraîne la clôture du séjour. Pour les autres types d'hospitalisation, les séjours peuvent recouvrir des présences discontinues.

Si au cours d'une hospitalisation complète, une prise en charge relevant d'une autre activité de soins, dans le même établissement de santé (au sens du 2.1.1.) ou un autre, peut être effectuée avec une absence de moins de 48 heures, cette prestation peut être réalisée dans le cadre d'un transfert provisoire, lequel n'interrompt pas le séjour.

Le recueil des diagnostics et des éléments de prise en charge au cours d'un séjour en SSR se fait selon un rythme hebdomadaire calendaire, du lundi au dimanche. Ainsi chaque séjour est décrit par autant de résumés hebdomadaires que de semaines calendaires du séjour.

Pour des hospitalisations de jour, de nuit, en séances, seuls les RHS correspondant à des semaines avec présence du patient sont produits.

Lors d'une mutation entre unités médicales SSR d'un même établissement, il faut produire deux RHS pour la même semaine, décrivant chacun la prise en charge dans chacune des unités médicales.

Chaque RHS comporte trois ensembles d'informations, celles qui sont constantes au cours du séjour, celles qui relèvent de l'unité médicale et celles qui correspondent à la prise en charge réalisée au cours de la semaine par l'équipe médicale et paramédicale.

2. Contenu du recueil

2.1. Informations constantes durant le séjour

2.1.1. Numéro FINESS de l'établissement

Les établissements de santé sont identifiés dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) par deux numéros. Ces numéros ont une longueur de 9 caractères, les 2 premiers caractères correspondent au numéro du département d'implantation.

Dans le fichier des RHS, il convient d'utiliser :
– pour les établissements publics, l'identifiant FINESS « entité juridique » ; ce numéro est unique, il désigne une personne morale et lui sont associés un ou plusieurs numéros, correspondant chacun aux différentes implantations de l'établissement ;
– pour les établissements privés qu'ils soient financés sous OQN (Objectif Quantifié National) ou financés sous DG (Dotation Globale), le FINESS « implantation géographique » qui correspond aux lieux dans lesquels s'exercent les activités de soins.

Il est recommandé à chaque établissement ayant une activité en SSR, de vérifier cette information au moyen du site internet du fichier FINESS, http://finess.sante.gouv.fr : il est indispensable que le numéro FINESS contenu dans le fichier des RHS soit identique à celui avec lequel l'établissement a été enregistré sur la plateforme d'échange e-PMSI (https://www.epmsi.atih.sante.fr) pour pouvoir effectuer correctement la transmission des fichiers.

2.1.2. Date de naissance du patient

Il convient d'indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme JJMMAAAA.

Elle est recueillie en référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie. Si cette information est malgré tout inconnue, il convient de porter par défaut le 1er jour du mois (01). De même, si le mois n'est pas connu précisément, il convient de porter par défaut le mois de janvier (01). Dans l'éventualité, très rare où l'année de naissance ne pourrait être renseignée même approximativement par le 1er janvier de la décennie, il convient de laisser l'année en blanc.

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée en application des articles R.1112-28 et R.1112-38 du Code de la santé publique[6], les informations relatives à la date de naissance sont limitées à l'année de naissance (i.e. jour et mois à blanc, article R.6113-1 du code de la santé publique [7]).

2.1.3. Sexe du patient

Il est recueilli en référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie : si le patient est de sexe masculin coder 1, de sexe féminin coder 2.

2.1.4. Code postal du lieu de résidence du patient

Cette information est constamment codée sur 5 caractères.

Elle correspond au code postal du lieu de résidence pour les patients résidant en France, ou au code du pays de résidence (comme défini par l'INSEE) précédé de 99 pour les patients résidant hors de France.

Si l'on ne connaît pas le code postal, il convient de noter le code département suivi de 999. Si l'on ne connaît ni le code postal ni le code département, il convient de noter :
– 99100 pour un patient résidant en France ;
– 99 suivi de 999 sinon (i.e. code du pays de résidence inconnu).

Les informations relatives au code postal de résidence doivent être en cohérence avec celles renseignées dans le dossier médical. Pour les patients qui sont hospitalisés depuis plusieurs années dans un établissement SSR, le code postal de résidence est celui du dernier lieu de résidence connu. Lorsque les patients résident dans une structure d'hébergement médico-social, devenue leur domicile, il convient de noter le code postal de la commune de cet établissement. Les codes postaux de types Cedex ne doivent pas être utilisés pour coder cette information. Pour les patients sans abri, il conviendra de noter l'information du dernier domicile connu.

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée en application des articles R.1112-28 et R.1112-38 du Code de la santé publique, il convient de noter 99999 pour le code postal de résidence.

2.1.5. Numéro de séjour SSR

Son format est libre, composé au maximum de 7 caractères de type alphanumérique.

C'est un numéro d'ordre, pouvant être généré automatiquement de façon séquentielle le jour de l'admission. Ce numéro est propre au système d'information de l'établissement destiné à l'enregistrement des informations PMSI. Ce numéro permet le regroupement des RHS d'un même séjour lors de l'anonymisation des données.

Pour chaque patient, il doit changer comme indiqué au paragraphe 1 de ce chapitre :
– à chaque nouveau séjour ;
– en cas de changement de type d'hospitalisation (paragraphe 2.1.8) ;
– en cas d'absence supérieure à 48 heures dans le cadre de l'hospitalisation complète ;
– en cas de prise en charge pour une autre activité de soins que le SSR, dans le même établissement de santé (au sens 2.1.1) ou non, et quand la durée d'absence est supérieure à 48 heures et pour un autre établissement de SSR selon la même condition de durée d'absence.

Il ne change pas :
– lors des mutations pendant le séjour entre unités médicales SSR du même établissement de santé (au sens du 2.1.1) ;
– lors d'un transfert provisoire inférieur à 48 heures pour des soins en court séjour et en psychiatrie, quel que soit l'établissement de santé où les soins seront effectués et en SSR d'un autre établissement de santé (au sens du 2.1.1).

2.1.6. Numéro de séjour administratif

Son format est libre, composé au maximum de 20 caractères de type alphanumérique.

C'est le numéro produit à l'entrée du patient lors de l'enregistrement administratif du séjour et il doit figurer sur tous les résumés hebdomadaires. Il est indispensable pour la constitution correcte du chaînage. Dans un système d'information d'établissement de santé cohérent (mêmes règles de gestion pour la création des séjours) et synchronisé (échanges entre les systèmes informatiques administratifs et médicaux), il n'y a pour chaque séjour qu'un seul couple numéro de séjour administratif - numéro de séjour SSR. La présence de ces deux informations a pour but de donner aux établissements le temps nécessaire pour parvenir à ce type de fonctionnement de leur système d'information.

Pour chaque patient, il doit changer comme indiqué au paragraphe 1 de ce chapitre :
– à chaque nouveau séjour ;
– en cas de changement de type d'hospitalisation (paragraphe 2.1.8) ;
– en cas d'absence supérieure à 48 heures dans le cadre de l'hospitalisation complète ;
– en cas de prise en charge pour une autre activité de soins que le SSR, dans le même établissement de santé (au sens 2.1.1) ou non, et quand la durée d'absence est supérieure à 48 heures et pour un autre établissement de SSR selon la même condition de durée d'absence.

Il ne change pas :
– lors des mutations pendant le séjour entre unités médicales SSR du même établissement de santé (au sens du 2.1.1) ;
– lors d'un transfert provisoire inférieur à 48 heures pour des soins en court séjour et en psychiatrie, quel que soit l'établissement de santé où les soins seront effectués et en SSR d'un autre établissement de santé (au sens du 2.1.1).

2.1.7. Date de la dernière intervention chirurgicale

Pour les patients admis en SSR au décours d'une intervention chirurgicale, cet antécédent doit être noté sans indication de délai, seulement si celui-là est un des motifs de prise en charge en SSR. Il convient d'indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme JJMMAAAA.

2.1.8. Type d'hospitalisation

À chaque séjour SSR correspond un type d'hospitalisation et un seul, à coder selon les modalités suivantes tant que les dispositions des décrets relatifs à la structuration de l'activité spécialisée des établissements SSR ne sont pas appliquées établissement par établissement (décrets n°2008-376 et n°2008-377 du 17 avril 2008).
Cette variable (anciennement appelé « type d'activité ») fait uniquement référence à la distinction entre hospitalisation complète ou de semaine, de jour, de nuit et séance. La qualification de *rééducation fonctionnelle/soins de suite médicalisés* a été rajoutée depuis 2007, en attendant la parution et la mise en application des

nouveaux décrets SSR du 17 avril 2008, essentiellement à des fins d'analyse ; sans pour autant faire partie de la définition de cette variable. Toutes les règles propres à la variable « type d'hospitalisation » doivent donc s'entendre indépendamment du qualificatif *rééducation fonctionnelle/soins de suite médicalisés* ; ce qui se traduit par les correspondances suivantes concernant les modalités de cette variable : 1=5, 2=6, 3=7, 4=8.

Cette information est à coder sur un caractère de la façon suivante :

1 pour hospitalisation complète ou de semaine en soins de suite médicalisés;
2 pour hospitalisation de jour en soins de suite médicalisés;
3 pour hospitalisation de nuit en soins de suite médicalisés;
4 pour séances (traitements et cures ambulatoires) en soins de suite médicalisés;
5 pour hospitalisation complète ou de semaine en rééducation fonctionnelle ;
6 pour hospitalisation de jour en rééducation fonctionnelle ;
7 pour hospitalisation de nuit en rééducation fonctionnelle ;
8 pour séances (traitements et cures ambulatoires) en rééducation fonctionnelle.

2.2. Informations liées aux passages au sein d'unités médicales pendant le séjour

Cet ensemble de 8 informations est constant pour toute la durée de la prise en charge au sein d'une même unité médicale ; elles sont renouvelées lors d'une mutation au cours d'un même séjour dans le même établissement SSR. Comme indiqué dans le paragraphe 1 du présent chapitre, lorsqu'un patient fréquente plusieurs unités médicales au cours de la même semaine, il est produit autant de RHS que d'unités médicales fréquentées.
Pour chaque mouvement, le recueil comporte les informations suivantes

2.2.1. Numéro d'unité médicale

C'est le numéro d'unité médicale dans laquelle le patient est pris en charge, conforme au fichier structure de l'établissement : une unité médicale est définie comme un ensemble individualisé de moyens humains et matériels assurant des soins à des patients hospitalisés. Elle correspond à une ou plusieurs unités fonctionnelles ayant une même autorisation d'activité de soins ou à une seule discipline médicotarifaire.
Son format doit être sur 4 caractères de type alphanumérique..

2.2.2. Type de l'autorisation de l'unité médicale

Cette information sera associée au numéro d'unité médicale, une fois les dispositions des décrets du 17 avril 2008 (n°2008-376 et n°2008-377[8]) appliquées à l'établissement.

Le format est alphanumérique sur 3 caractères en respectant les règles suivantes :
– le 1er caractère égal à « 5 » ;
– le 2ème caractère correspond à l'une des 9 modalités d'autorisation :
  – affections de l'appareil locomoteur code 1,
  – affections du système nerveux code 2,
  – affections cardiovasculaires code 3,

- affections respiratoires code 4,
- affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien code 5,
- affections oncohématologiques code 6,
- affections des brûlés code 7,
- affections liées aux conduites addictives code 8,
- affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance code 9,
- soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents code 0,

– le 3ème caractère correspond à la catégorie d'âge des patients pris en charge :

- adultes âge supérieur ou égal 18 ans, code A,
- juvéniles âge supérieur ou égal à 6 ans et inférieur à 18 ans, code J,
- enfants âge inférieur à 6ans, code E,
- pédiatrie indifférenciée (âge <18 ans et pas de distinction entre E et J), code P

Laissée vide s'il n'y a pas lieu (dispositions des décrets SSR du 17/04/2008 non encore appliquées à l'établissement).

2.2.3. Date d'entrée dans l'unité médicale

Il convient d'indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme JJMMAAAA.

Il s'agit de la date d'admission dans l'unité médicale SSR. Cette date correspond pour la 1ère semaine de prise en charge en SSR, à la date de début du séjour.
Cette date est répétée dans tous les RHS suivants tant que le patient est pris en charge dans la même unité médicale. En cas de mutation dans une autre unité médicale SSR du même établissement (au sens du 2.1.1), la date de la mutation est prise comme date d'entrée sur le RHS suivant.

2.2.4. Mode d'entrée dans l'unité médicale

Cette information doit figurer sur chaque RHS et est relative à l'unité médicale SSR où le patient est pris en charge. Elle est codée de la façon suivante :

– mutation, coder 6 : le patient vient d'une autre unité médicale appartenant au même établissement de santé (au sens du 2.1.1) ;
– transfert, coder 7 : le patient vient d'un autre établissement de santé dont les établissements d'hospitalisation à domicile ;
– retour d'un transfert provisoire, effectué pour une prestation de soins avec une durée inférieure à 48 heures, avec changement d'UM SSR, coder 0 ;
– domicile, coder 8 : le patient vient de son domicile ou de son substitut, telle une structure d'hébergement médico-social, notamment établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), logement-foyer pour personnes âgées, maison de retraite, section de cure médicale, établissement d'hébergement pour enfants ou adultes handicapés. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique, notamment pour les patients sans abri.

2.2.5. Provenance

Cette information complète le code de mode d'entrée.

En cas d’entrée par mutation, transfert ou transfert provisoire pour une prestation de soins :
– coder 1 pour en provenance d'une unité de soins de courte durée ;
– coder 2 pour en provenance d'une autre unité de soins de suite ou de réadaptation ;
– coder 3 pour en provenance d'une unité de soins de longue durée ;
– coder 4 pour en provenance d'une unité de psychiatrie ;
– coder 6 pour en provenance de l’hospitalisation à domicile.

En cas d’entrée à partir du domicile :
– coder 5 en cas de passage avec prise en charge dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement dont fait partie le secteur SSR, quand le patient y a été admis depuis son domicile ;
– coder 7 pour en provenance d'une structure d'hébergement médico-social, si le patient n’a pas été pris en charge au préalable à l’accueil des urgences du même établissement de santé (au sens du 2.1.1).

Dans les autres cas, la provenance n’est pas renseignée, elle est laissée en blanc.

2.2.6. Date de sortie de l’unité médicale

Il convient d’indiquer le jour, le mois et l’année sous la forme JJMMAAAA.

Cette information ne figure que sur le résumé hebdomadaire correspondant à la semaine au cours de laquelle la sortie de l’unité médicale a eu lieu quel qu’en soit le mode. Elle est laissée en blanc sinon. En effet, une inscription rétroactive de cette information sur tous les résumés d’un même séjour entraîne un risque d’incohérence dans les transmissions cumulatives de séjours tronqués.

2.2.7. Mode de sortie de l’unité médicale

Il reste en blanc tant que le patient est présent dans l’unité médicale. A la sortie de l’unité médicale, cette information est codée selon les modalités suivantes :
– mutation, coder 6 : le patient va dans une autre unité médicale appartenant au même établissement de santé (au sens du 2.1.1) ;
– transfert, coder 7 : le patient va dans un autre établissement de santé dont les établissements d’hospitalisation à domicile ;
– transfert provisoire pour une prestation de soins avec une durée inférieure à 48 heures et retour dans une autre UM SSR, coder 0 ;
– domicile, coder 8 : le patient retourne à son domicile ou assimilé (au sens du 2.2.4) ;
– décès, coder 9 : le patient est décédé dans l’unité médicale.

2.2.8. Destination

Cette information complète le code de mode de sortie.

En cas de sortie par mutation, transfert ou transfert provisoire pour une prestation de soins :
– coder 1 pour une destination vers une unité de soins de courte durée ;

– coder 2 pour une destination vers une autre unité de soins de suite ou de réadaptation ;
– coder 3 pour une destination vers une unité de soins de longue durée ;
– coder 4 pour une destination vers une unité de psychiatrie ;
– coder 6 pour une destination vers le secteur d'hospitalisation à domicile.

En cas de retour à domicile, la destination doit être codée à 7 en cas de sortie vers une structure d'hébergement médicosocial, sinon laissée en blanc.

2.3. Informations hebdomadaires relatives à la prise en charge du patient

Ces informations sont propres à chaque résumé hebdomadaire. En cas de mutation, les informations des différents résumés hebdomadaires doivent correspondre à la prise en charge réalisée dans chaque unité médicale au cours de la semaine.

2.3.1. Numéro de la semaine

C'est le numéro d'identification de la semaine calendaire : il est généré, par le logiciel d'enregistrement du PMSI, sur un mode incrémental en fonction du calendrier de l'année en cours, la 1ère semaine de l'année étant celle qui contient le jour du 4 janvier (norme ISO 8601).

2.3.2. Journées de présence

Chaque jour calendaire de présence effective en hospitalisation est codée par « 1 » (et sinon « 0 ») pour chaque jour de la semaine, soit lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, dimanche.
Le jour de sortie d'une unité médicale pour transfert dans un autre établissement de santé (au sens du 2.1.1) ou dans le même établissement pour une activité de soins différente des SSR est pris en compte dans les journées de présence.
Le jour de sortie d'une unité médicale de SSR par mutation vers une autre unité médicale de SSR du même établissement n'est pas enregistré comme journée de présence, en revanche, cette journée est enregistrée comme journée d'entrée dans l'unité receveuse.
En cas de transfert provisoire inférieur à 24 heures, le jour du transfert est considéré comme une journée de présence dans le RHS correspondant[9].
En cas de transfert provisoire supérieur ou égal à 24 heures, le premier jour du transfert n'est pas considéré comme une journée de présence dans le RHS correspondant[9].
En cas de permission (autorisation d'absence >12 heures consécutives dans le cadre d'une journée d'hospitalisation, durée maximum de deux jours), le premier jour de permission n'est pas considéré comme une journée de présence dans le RHS correspondant.

2.3.3. Morbidité principale de prise en charge du patient

Un ensemble de trois variables est prévu pour décrire la morbidité principale de prise en charge de chaque semaine :
– la finalité principale de prise en charge ;
– la manifestation morbide principale ;

– le cas échéant, l’affection étiologique.
Cette description peut varier d'une semaine à l'autre selon l'évolution de l'état clinique du patient et l'orientation de sa prise en charge ou de son traitement.

Le codage est fait au moyen de la Classification internationale des maladies dans sa 10ème révision (CIM-10), augmentée des codes étendus spécifiques au recueil français d’information médicale. Le codage est réalisé de façon rétrospective, sur des semaines révolues, à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient, observation médicale, compte-rendu, lettre de sortie. Le principe du codage est de sélectionner le code CIM-10 le plus précis traduisant ce qui figure dans le dossier médical. Ainsi, les codes catégories comportant des subdivisions ne doivent pas être utilisés pour coder la morbidité principale de prise en charge du patient. En outre, pour coder cette information, les codes considérés comme trop imprécis ne peuvent pas être utilisés ; leur liste détaillée figure dans le *Manuel de groupage du PMSI SSR*.

Lorsque la CIM-10 offre la possibilité de coder une affection à la fois en termes étiologique (code signalé par une dague : †) et de manifestation (code signalé par un astérisque : *), les deux codes doivent être enregistrés dans le RHS. Les symboles † et * ne doivent pas être saisis, seuls les codes le sont.

Le format de recueil prévoit, outre le code CIM-10 sur 6 caractères alphanumériques, la possibilité, pour les établissements, de définir pour leur usage interne, 2 caractères complémentaires, en position 7 et 8, à tout code diagnostic enregistré. L’objet d’un tel codage supplémentaire doit être conforme aux dispositions réglementaires (notamment la loi informatique et libertés).

a) Finalité principale de prise en charge

Cette information désigne l’objet de la prise en charge en SSR. Elle est codée au moyen d’un code du chapitre XXI du volume 1 de la CIM-10 « *Facteurs influant sur l’état de santé et motifs de recours aux services de santé* » ; de ce chapitre, seuls les codes décrivant un motif de recours aux soins ou de contact avec les services de santé, sont admis pour cette rubrique. A ceux-ci s’ajoute le code « ZAIGU » pour décrire la survenue d’une affection aigüe au cours de la semaine et ayant nécessité une adaptation significative de la prise en charge modifiant de fait la finalité principale de prise en charge. Toutefois, les codes de recours aux services de santé dans le cadre de la grossesse, du post-partum, des difficultés au mode de vie, des difficultés liées aux soins ne doivent pas être utilisés pour coder cette information. Le détail de la liste des codes autorisés figure dans le *Manuel de groupage du PMSI SSR.*

b) Manifestation morbide principale

Cette information désigne, pour la semaine considérée, l’état pathologique autour duquel l’essentiel des soins a été organisé.

Pour coder cette information (une maladie, un symptôme, une lésion traumatique, une intoxication, une situation, un antécédent) un code de la CIM-10 doit être utilisé à l’exclusion des codes du chapitre XX « *Causes externes de morbidité et de mortalité* », des codes du chapitre XXI « *Facteurs influant sur l’état de santé et motifs de recours aux services de santé* » décrivant un motif de recours aux soins ou de

contact avec les services de santé ou encore ceux relatifs à la prophylaxie anti-infectieuse. Le détail de la liste des codes du chapitre XXI autorisés pour le codage de la manifestation morbide principale figure dans le *Manuel de groupage du PMSI SSR.*

c) Affection étiologique

Cette information décrit l'étiologie de l'affection portée en manifestation morbide principale. Elle doit notamment être codée si ni la finalité principale de prise en charge ni la manifestation morbide principale ne sont suffisamment précises pour classer le RHS dans une CMC.

Pour coder cette information, les chapitres I à XVII et XIX de la CIM-10 sont utilisés.

Exemple illustratif de codage de la morbidité principale de prise en charge et de diagnostics associés :
Prise en charge pour rééducation d'une hémiplégie flasque récente par infarctus cérébral par thrombose de l'artère sylvienne gauche athéoscléreuse, diabète non-insulinodépendant, hypertension artérielle primitive
– finalité principale : Z50.1 « autres thérapies physiques »
– manifestation morbide principale : G81.00 « hémiplégie flasque récente »
– affection étiologique : I63.3 « infarctus cérébral due à une thrombose des artères cérébrales »
– diagnostics associés : I67.2 « athérosclérose cérébrale », E11.5 « diabète sucré non insulino-dépendant avec complications vasculaires », I10 « hypertension artérielle primitive ».

2.3.4. Diagnostics associés significatifs

On considère comme diagnostic associé significatif toute affection ayant eu une prise en charge effective au cours de la semaine dans l'unité médicale, autre que la manifestation morbide principale de prise en charge, et dont la description est mentionnée comme telle dans le dossier du patient, observation médicale, compte-rendu, lettre de sortie.

Le codage est réalisé au moyen de la CIM-10, en respectant les règles d'utilisation figurant dans le volume 2 de cette nomenclature et relative à la morbidité. Tous les chapitres, y compris ceux relatifs aux problèmes de santé connexes de celle-ci peuvent être utilisés. En outre, l'utilisation des codes étendus spécifiques au recueil français d'information médicale, est possible. Le principe du codage est de sélectionner le code CIM-10 le plus précis conforme avec le dossier médical.

Le format de recueil prévoit, outre le code CIM-10 sur 6 caractères alphanumériques, la possibilité, pour les établissements, de définir pour leur usage interne, 2 caractères complémentaires, en position 7 et 8, à tout code diagnostic enregistré. L'objet d'un tel codage supplémentaire doit être conforme aux dispositions réglementaires (notamment la loi informatique et libertés).

2.3.5. Actes médicaux

Tous les actes médicotechniques réalisés au cours de la semaine dans le cadre de l'hospitalisation, quel que soit le médecin qui les réalise, doivent être enregistrés. Ils

sont codés selon la version en vigueur de la classification commune des actes médicaux (CCAM) publiée au *Bulletin officiel*[11]. Ce codage doit respecter les règles d'utilisation de la CCAM. Un compte rendu de chaque acte médical réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; il doit permettre notamment d'en vérifier le codage.

Dans ce recueil, sont codés pour chaque acte le code CCAM sur 7 caractères alphanumériques, la phase sur 1 caractère numérique, l'activité sur 1 caractère numérique.

Lorsque plusieurs occurrences de l'acte sont réalisées avec mêmes codes phase et activité une semaine donnée, le nombre d'occurrences de l'acte réalisé doit être recueilli. Toutefois la saisie de l'acte autant de fois qu'il est réalisé est possible avec les mêmes caractéristiques.

2.3.6. Dépendance aux activités de la vie quotidienne

La cotation des variables de dépendance est effectuée selon la grille des activités de la vie quotidienne, dite grille AVQ ; elle est évaluée à l'issue de la semaine, en fonction des soins dispensés, indépendamment de la participation des proches, et pour chacune des 6 variables conformément au dossier de soins du patient.

– habillage
– déplacement/locomotion
– alimentation
– continence
– comportement
– relation

Chaque variable de dépendance est cotée selon l'un des quatre niveaux de cotation suivants :
– 1 : indépendance (sans l'intervention d'un tiers soignant)
– 2 : supervision ou arrangement (présence d'un tiers soignant sans contact physique)
– 3 : assistance partielle (aide par un tiers soignant)
– 4 : assistance totale (réalisation par un tiers soignant)
Pour des précisions détaillées se référer à la description en annexe à ce guide.

2.3.7. Actes de rééducation-réadaptation

Tous les actes de rééducation-réadaptation réalisés au cours de la semaine dans le cadre de la prise en charge hospitalière doivent être recueillis. Ils sont codés conformément aux nomenclatures et règles d'utilisation figurant dans le *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* (CdARR) publié au *Bulletin officiel*.

Dans ce recueil, sont notés pour chaque acte de rééducation et réadaptation le code CdARR sur 4 caractères alphanumériques, le code catégorie d'intervenant sur 2 caractères numériques.

Une trace de chaque acte réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; elle doit permettre d'en vérifier le codage.

Cependant, les actes de rééducation réalisés par des médecins pouvant être codés au moyen de la CCAM, doivent l'être au moyen de cette nomenclature et ne pas l'être au moyen des actes du CdARR.

II PRODUCTION DES RÉSUMÉS RELATIFS À LA PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

1. Production des résumés destinés à la procédure de chaînage

1.1 Principes du recueil

Ce recueil concerne les établissements publics et les établissements privés financés sous DG et repose sur la production d'un fichier dénommé VID-HOSP (initiée par la circulaire n°106 du 22 février 2001). Ce fichier comporte des informations collectées pour chaque séjour par le service en charge des admissions et des frais de séjour, services habilités à détenir le numéro d'assuré social. Les informations d'identification sont rassemblées dans une clé anonyme dite « de chaînage » produites par hachage au moyen du logiciel MAGIC, diffusé par l'ATIH. Ce logiciel produit un fichier dénommé ANO-HOSP, transmis au service chargé de l'information médicale. Lorsque le numéro d'identification administratif du séjour, au niveau du service en charge des admissions, n'est pas identique à celui figurant dans les RHS, il est nécessaire de constituer un fichier de correspondance intitulé HOSP-PMSI.

1.2. Contenu du fichier VID-HOSP

Il s'agit d'un fichier ASCII au format fixe, composé de caractères alphanumériques, le caractère espace désignant une valeur manquante ou sans objet. Dans ce fichier, à la date de publication du présent guide, chacune des lignes est composée des variables suivantes

- numéro de sécurité sociale de l'assuré ;
- date de naissance du patient ;
- sexe du patient ;
- numéro d'identification administratif du séjour ;
- code de justification d'exonération du ticket modérateur ;
- code de prise en charge du forfait journalier ;
- nature d'assurance ;
- séjour facturable à l'assurance maladie ;
- facturation du « 18 euros » ;
- nombre de venues de la facture ;
- montant à facturer au titre du ticket modérateur ;
- montant à facturer au titre du forfait journalier ;
- montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie ;
- montant lié à la majoration au parcours de soin.

Les quatre premières informations sont obligatoires. Le recueil des autres informations sera indispensable lorsque les modalités de financement de l'activité de soins de suite ou de réadaptation le nécessiteront. Un descriptif détaillé des modalités de recueil figure dans le manuel du logiciel de hachage MAGIC. Les évolutions du format de ce fichier seront décrites dans des consignes complémentaires, reprises également dans le manuel du logiciel de hachage MAGIC.

2. Production des résumés standardisés de facturation

2.1 Principes du recueil

Le recueil des résumés standardisés de facturation (RSF) concerne les établissements privés financés sous OQN. Les informations qu'ils comportent permettent la mise en œuvre de la procédure de calcul par hachage de la clé de chaînage. Les informations des RSF sont à recueillir pour chaque séjour ; elles sont issue du système de facturation de l'établissement et déduit de la norme d'échanges avec l'assurance maladie (NOEMIE B2) ; les RSF doivent correspondre à l'état le plus récent des procédures d'échanges.
Pour les séjours dont seul le début figure dans le fichier des RHS (résumé hebdomadaire standardisé), conséquence du rythme hebdomadaire calendaire du recueil, leur transmission peut se faire sans que ceux-ci soient obligatoirement accompagnés de RSF. Eu égard à la longueur potentielle des séjours en SSR, des factures intermédiaires peuvent être présentées ; les informations qu'elles comportent doivent également figurer dans le fichier RSF. En cas d'annulation de factures, cette information doit figurer dans le fichier des RSF qui comporte alors les RSF issus des factures corrigées.
Le fichier des RSF est communiqué au médecin responsable de l'information médicale de l'établissement en vue du couplage aux RHS et de leur transmission anonymisée. Cette anonymisation est faite par le logiciel AGRAF-SSR. Lorsque le numéro d'entrée du système de facturation n'est pas identique au numéro administratif de séjour figurant dans les RHS, il est nécessaire de constituer un fichier de correspondance intitulé HOSP-FACT pour permettre le couplage des RSF aux RHS.

2.2. Contenu

Il y a 7 types de RSF, chacun correspondant à un groupe d'informations du bordereau de facturation S3404 transmis aux organismes de l'assurance maladie, qu'il s'agisse des frais de séjour ou des honoraires médicaux :

- type A : début de facture
- type B : prestations hospitalières
- type I : prestation hospitalière interruption de séjour
- type P : prestations hospitalières prothèses
- type H : prestations hospitalières médicaments
- type C : honoraires
- type M : CCAM

Seuls les enregistrements des catégories comprenant des informations sont à transmettre. Pour une même catégorie de RSF il y a autant de lignes que de types de prestations réalisées. Le descriptif détaillé du format de chacune de ces lignes figure en annexe de ce guide ainsi que dans le manuel d'utilisation du logiciel AGRAF-SSR. Il est à noter que le numéro d'entrée, ou administratif de séjour figure dans toutes les catégories d'enregistrement.

III. CONSTITUTION, GROUPAGE, ANONYMISATION ET TRANSMISSION DES FICHIERS

1. Constitution des fichiers de RHS

Chaque trimestre, un fichier de RHS doit être produit sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale de l'établissement.

Ce fichier doit respecter le format défini pour le PMSI SSR et pour la période de transmission considérée. Les descriptifs figurent en annexe de ce guide, dans les manuels des logiciels d'anonymisation ainsi que sur le site internet de l'ATIH. Les informations qui y figurent doivent être codées avec les nomenclatures prévues et en vigueur. Les mises à jour sont disponibles sur le site internet de l'ATIH. Le fichier des RHS devra comporter tous les résumés hebdomadaires dont le numéro de semaine calendaire est compris dans le trimestre civil considéré. Les transmissions étant cumulatives, le fichier de RHS doit comprendre les RHS des trimestres antérieurs de la même année civile.
Le non respect de ces différents points expose au risque de non prise en compte des données d'activité transmises lors des différents traitements (groupage et tableaux de résultats de la plateforme d'échange e-PMSI).

2. Groupage des RHS

Par groupage on entend le classement de chaque RHS dans un groupe de morbidités dominantes (GMD). Ce classement est réalisé de façon automatique par l'application d'un algorithme qui utilise les informations de chaque résumé pour le classer dans un seul GMD. L'algorithme est publié au bulletin officiel du ministère chargé de la santé et annexé à l'arrêté PMSI SSR. L'algorithme est mis en œuvre par un programme informatique appelé fonction groupage, maintenu et diffusé par l'ATIH.
Le groupage des RHS doit être réalisé par l'établissement pour qu'il puisse en disposer dans son système d'information ; en effet, le programme informatique inscrit le code GMD dans les résumés ou le système d'information. Il en découle deux formes d'organisation, une première consiste à réaliser le groupage sur le fichier trimestriel des RHS, une seconde met en œuvre le groupage à l'enregistrement de chaque RHS.

3. Constitution des fichiers relatifs à la prise en charge par l'assurance maladie

Pour chaque période trimestrielle, le fichier de chaînage ou celui de facturation correspondant au fichier des RHS doit être constitué. Ces fichiers doivent respecter les normes et formats décrits au chapitre II de ce guide. Les établissements publics et les établissements privés financés sous DG constituent un fichier de chaînage et les établissements privés financés sous OQN constituent un fichier de facturation.
Le fichier de chaînage (VID-HOSP) est produit par le service en charge des admissions et des frais de séjour, et transmis au service chargé de l'information médicale après hachage (ANO-HOSP). Lorsque le numéro d'identification administratif du séjour n'est pas identique à celui figurant dans les RHS, le service chargé de l'information médicale constitue un fichier de correspondance.
Le fichier de facturation est produit par le service de facturation, le cas échéant accompagné d'un fichier de correspondance entre le numéro d'entrée et le numéro administratif de séjour ; ce fichier est ensuite transmis au médecin en charge de l'information médicale (HOSP-PMSI).

4. Anonymisation des informations des fichiers

La production des résumés anonymes est le résultat d'un processus automatique réalisé par un logiciel générateur de résumés (GENRHA et AGRAF-SSR), propriété de l'Etat, maintenu et diffusé par l'ATIH.
Ce logiciel utilise les fichiers de RHS et de chaînage pour les établissements publics et les établissements privés financés sous DG, et les fichiers de RHS et RSF pour les établissements privés financés sous OQN. Il produit le fichier anonyme des RHA, un fichier déduit de synthèses par séjour de RHA (SSRHA), un fichier de chaînage et un fichier de RSFA pour les établissements privés financés sous OQN.

Le processus d'anonymisation entraîne les modifications suivantes pour la transformation des RHS en RHA :

– variables ne figurant pas dans le RHA : numéro de séjour SSR, numéro de séjour administratif, date de naissance, code postal du domicile, numéro d'unité médicale, date d'entrée dans l'unité médicale et date de sortie de l'unité médicale, numéro de semaine, date d'intervention chirurgicale ;
– variables ajoutées dans le RHA : numéro séquentiel de séjour, âge, code géographique de résidence, délai entre la date d'entrée du séjour et le lundi du RHS en jours, numéro séquentiel de RHS, indicateur de semaine de début, indicateur de semaine de fin du séjour SSR, mois et année du RHS, ancienneté de la date chirurgicale calculée en jours

En outre, pour la transformation des RSF en RSFA les modifications suivantes sont réalisées

– variables ne figurant pas dans les RSFA : numéro d'entrée, numéro d'assuré social (dénommé numéro de matricule dans les formats), rang de bénéficiaire, numéro de facture, date et rang de naissance, date d'entrée et de sortie du séjour, date de l'acte
– variables ajoutées dans les RSFA ; numéro séquentiel de RSFA (identique à celui des RHA), type de format de RSF, numéro de facture séquentiel, délai en jours entre la date de début de séjour et la date de réalisation de l'acte

5. Transmission des informations

Conformément à l'arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, l'établissement transmet à l'agence régionale de l'hospitalisation un fichier compressé comprenant les fichiers suivants :
– le fichier de résumés hebdomadaires anonymes (RHA) ;
– le fichier de synthèses par séjour (SSRHA) ;
– le fichier de chaînage (ANO-HOSP) ;
– et pour les établissements privés le fichier des résumés de facturation standardisés anonymes (RSFA).

Cette transmission s'effectue par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'Etat[12]. La périodicité est trimestrielle. La transmission d'un trimestre civil

doit être effectuée au cours des trois mois suivant, avec cumul des trimestres précédents de la même année civile. Cette télétransmission ne peut être faite que par des utilisateurs inscrits comme gestionnaire de fichiers PMSI dans la plateforme e-PMSI.
Dans la plateforme d'échange e-PMSI, un traitement standardisé est appliqué aux fichiers télétransmis, résultant en la mise à disposition d'un ensemble de tableaux de synthèse de l'activité réalisée.

IV QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS

1. Qualité des informations

Les informations codées dans les résumés doivent traduire sans distorsion et de façon exhaustive le contenu du dossier du patient en relation avec la prise en charge en SSR. Ceci est rappelé dans l'article R.6113-4 du Code de la santé publique :

« Le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement.

Ce médecin conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs.

Les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médicotechnique dont ils ont la responsabilité. Ils sont régulièrement destinataires des résultats des traitements de ces informations. »

Dans la perspective des contrôles externes de l'information médicale produite, le médecin chargé de l'information médicale doit être en mesure, au moment de ceux-ci, d'assurer le rapprochement entre le dossier du patient et les RHA correspondants, le cas échéant les bordereaux de facturation correspondants aux RSFA. Les praticiens responsables dans les structures où ont été dispensés les soins sont informés préalablement à toute confrontation des résumés hebdomadaires avec le dossier du patient ; il en est de même des responsables de la facturation en cas de confrontation des RSFA.

2. Confidentialité

La confidentialité des données médicales nominatives protégées par le secret professionnel doit être préservée dans le cadre du recueil d'information médicalisé conformément aux dispositions des articles R.6113-5 et R.6113-6 du Code de la santé publique[13]. Les personnes soignées sont informées de l'existence de ce recueil informatisé (article R.6113-7 du Code de la santé publique[14]).

Le recueil, la circulation et le traitement des données médicales sont placés sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale. Son rôle est défini par les articles R.6113-1 et R.6113-8 du Code de la santé publique[15].

La transmission de fichiers de résumés PMSI ou d'extraits de ceux-ci sous une forme non agrégée à des tiers autres que ceux prévus dans la chaîne de transmission de l'information médicale, peut être réalisée sous réserve de se conformer aux conditions prévues au chapitre X de la loi du 6 janvier 1978 modifiée[16].

En application de l'article L.1112-1 du Code de la santé publique[17], les médecins inspecteurs de la santé publique et les praticiens-conseils des organismes

d'assurance maladie ont accès aux fichiers des RHS, par l'intermédiaire du médecin responsable de l'information médicale, lors des procédures de contrôle et de validation des données qu'ils mettent en œuvre.

3. Conservation des fichiers

Le médecin responsable de l'information médicale sauvegarde le fichier de RHS qui est à l'origine du fichier de RHA et assure la conservation de la copie produite.
Il est à noter que les logiciels d'anonymisation diffusés par l'ATIH réalisent automatiquement à chaque transmission des fichiers de sauvegarde, enregistrés dans le répertoire de travail des logiciels.
La durée de conservation par les établissements des fichiers de RHS constitués au titre d'une année civile est de cinq ans.
L'objet de cette conservation est notamment de permettre la mise en œuvre des contrôles externes.

4. Déclaration à la CNIL

La création des fichiers et les traitements des données sont soumis à l'avis de la CNIL. Les établissements dispensant des soins de SSR devront procéder à cette formalité selon les modalités en vigueur (article R.6113-3 du code de la santé publique[18]). Pour ce faire il est possible de prendre appui sur les modèles de déclaration ayant été annexés aux arrêtés PMSI.

Références réglementaires

[1] Article L.6111-2 du code de la santé publique

Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

1° Avec ou sans hébergement :

a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

2° Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

[2] Article L.6122-1 du code de la santé publique

Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds.

La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'Etat.

[3] Article L.6113-7 du code de la santé publique

Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.

Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en oeuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.

Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins.

Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le conseil d'administration ou l'organe délibérant de l'établissement, s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret.

[4] Article L.6113-8 du code de la santé publique

Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins ainsi qu'au contrôle de leur activité et de leurs facturations.

Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en oeuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, ou, à défaut, ne comportant ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques, et dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire.

Les établissements qui ne transmettent pas les informations mentionnées au premier alinéa dans les conditions et les délais fixés par voie réglementaire sont passibles d'une pénalité prononcée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis de la commission exécutive, dans la limite de 5 % de leurs recettes annuelles d'assurance maladie

[5] Article R.1112-56 du code de la santé publique

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maxima de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que selon les modalités prévues à la sous-section II de la présente section

[6] Article R.1112-28 du code de la santé publique : Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

Le directeur informe de cette admission le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Article R.1112-38 du code de la santé publique : Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

[7] Article R.6113-1 du code de la santé publique :

Pour l'analyse de leur activité médicale, les établissements de santé, publics et privés, procèdent, dans les conditions fixées par la présente section, à la synthèse et au traitement informatique de données figurant dans le dossier médical mentionné à l'article L. 1112-1 qui sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médico-technique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient et qui sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement, mentionné à l'article L. 6113-7.

Ces données ne peuvent concerner que :

1° L'identité du patient et son lieu de résidence ;

2° Les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés, telles qu'hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, consultation externe ;

3° L'environnement familial ou social du patient en tant qu'il influe sur les modalités du traitement de celui-ci ;

4° Les modes et dates d'entrée et de sortie ;

5° Les unités médicales ayant pris en charge le patient ;

6° Les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée ;

7° Les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement.

Les données mentionnées au 1° ne sont pas recueillies lorsqu'une personne peut légalement être admise dans un établissement de santé ou y recevoir des soins en gardant l'anonymat.

Article R.6113-8 du code de la santé publique :

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées

[8] Art. R. 6123-120 du code de la santé publique

L'autorisation de soins de suite et de réadaptation mentionne, le cas échéant :

1° Si l'établissement de santé prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âges de ces enfants parmi la liste suivante :

- les enfants de moins de six ans ;
- les enfants de plus de six ans ou les adolescents.

La mention de la prise en charge des enfants ou adolescents n'est autorisée que si l'établissement de santé assure l'ensemble des aspects sanitaire, éducatif, psychologique et social de la prise en charge des enfants ou adolescents qu'il accueille.

2° Si l'établissement de santé assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :

a) Affections de l'appareil locomoteur ;
b) Affections du système nerveux ;
c) Affections cardio-vasculaires ;
d) Affections respiratoires ;
e) Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
f) Affections onco-hématologiques ;
g) Affections des brûlés ;
h) Affections liées aux conduites addictives ;
i) Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

[9] Code des règles de gestion applicables aux prestations dispensées dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier. Bulletin officiel 94-12bis, direction des hôpitaux juin 1995.

[11] Le guide de lecture et de codage de la CCAM est également téléchargeable sur le site internet de l’ATIH : www.atih.sante.fr.

[12] Circulaire DHOS/E3 n°187 du 22 avril 2004 relative à l’organisation du droit d’accès à la plate-forme de service e-pmsi.

[13] Article R.6113-5 du code de la santé publique

Les médecins chargés de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers comportant de telles données sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Il en est de même des personnels placés ou détachés auprès de ces médecins et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous leur autorité, ainsi que des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données

Article R.6113-6 du code de la santé publique

Après avis selon le cas de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale, le représentant de l'établissement prend toutes dispositions utiles, en liaison avec le président de ces instances et le médecin responsable de

l'information médicale, afin de préserver la confidentialité des données médicales nominatives. Ces dispositions concernent notamment l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès.

[14] Article R.6113-7 du code de la santé publique

Les personnes soignées dans l'établissement sont informées par le livret d'accueil ou un autre document écrit :

1º Que des données les concernant font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi nº 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

2º Que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et sont protégées par le secret médical ;

3º Qu'elles peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification et que ce droit s'exerce, le cas échéant, auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, directement ou par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle ils ont reçu des soins ou du praticien ayant constitué leur dossier ;

4º Qu'elles ont le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives les concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi nº 78-17 du 6 janvier 1978 précitée.

[15] Article R.6113-8 du code de la santé publique :

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées

[16] Chapitre X : Traitement de données de santé à caractère personnel à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention

Article 63 :

Les données issues des systèmes d'information visés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, celles issues des dossiers médicaux détenus dans le cadre de l'exercice libéral des professions de santé, ainsi que celles issues des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie, ne peuvent être communiquées à des fins statistiques d'évaluation ou d'analyse des pratiques et des activités de soins et de prévention que sous la forme de statistiques agrégées ou de données par patient constituées de telle sorte que les personnes concernées ne puissent être identifiées.

Il ne peut être dérogé aux dispositions de l'alinéa précédent que sur autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés dans les conditions prévues aux articles 64 à 66. Dans ce cas, les données utilisées ne comportent ni le nom, ni le prénom des personnes, ni leur numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques

[17] Article L1112-1 du code de la santé publique, 6e alinéa :

Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

[18] Article R6113-3 du code de la santé publique

Conformément aux dispositions du chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les traitements de données nominatives prévus dans chaque établissement de santé font l'objet avant leur mise en oeuvre d'une demande d'avis ou d'une déclaration préalable de l'établissement concerné auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Annexe : Consignes de codage de la dépendance aux activités de la vie quotidienne

La dépendance du patient est relevée à la fin de chaque semaine, pour chaque RHS produit.

1. SIX VARIABLES

Le niveau de dépendance du patient doit être évalué systématiquement par rapport à chacune des **six variables** suivantes :

- habillage
- déplacements et locomotion
- alimentation
- continence
- comportement
- relation et communication.

2. UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS *ACTIONS*

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs ***actions*** de la vie quotidienne. Par exemple l'habillage inclut deux actions : habillage du haut du corps et habillage du bas du corps.

3. QUATRE NIVEAUX DE COTATION

Chaque variable de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants :

1 Indépendance

- complète : le patient est totalement autonome ;
- modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement ;
- ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable ;
- ou il le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais elle n'a **aucun contact physique** avec le patient.

3 Assistance partielle

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **partiellement** au moins une action.

4 Assistance totale

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **la totalité** d'au moins une action.

4. PRINCIPES DE COTATION

4.1 Chaque action doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de la semaine observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles ou psychologiques.

Exemple : si un patient refuse de s'habiller, bien qu'il en soit capable, et qu'il doive de ce fait être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation pour l'habillage est 4.

4.2 Si lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparaît que le patient n'effectue pas les différentes actions de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance.

Exemple : le patient s'habille seul pour le haut du corps et demande seulement de l'aide pour les boutons ; en revanche il est incapable de s'habiller pour le bas du corps ; dans ce cas l'action habillage du haut du corps est cotée 3 et l'action habillage du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter 4 la variable habillage.

4.3 Si pour une action il y a hésitation de cotation entre le niveau 3 (assistance partielle) et le niveau 4 (assistance totale), coter 4.

5. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

5.1 HABILLAGE

Il inclut deux actions :

- l'habillage du haut du corps : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou prothèse selon le cas.
- l'habillage du bas du corps : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.

1 Indépendance complète ou modifiée

S'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle, peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression, peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse OU requiert une adaptation pour attacher ses vêtements OU prend plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale
Nécessite une assistance totale pour au moins l’une des deux actions.

5.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

Ils incluent cinq actions :

- les transferts lit-chaise-fauteuil roulant : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement.
- les transferts aux toilettes : s’asseoir et se relever du siège des toilettes
- Les transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche
- la locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité
- l’utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches). Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l’action d’utilisation des escaliers.

1 Indépendance complète ou modifiée
Effectue seul l’ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement
Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (positionnement d’une planche de transfert, mobilisation d’un cale-pied) OU nécessite une supervision pour parcourir 45m, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant) ou pour monter-descendre une volée de marches d’escalier (12 à 14 marches).

3 Assistance partielle
Nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l’une de ces quatre ou cinq actions.

4 Assistance totale
Nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l’une de ces quatre ou cinq actions.

5.3 ALIMENTATION

Elle inclut trois actions nécessaires à l’ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

- utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche ;
- mastication ;

- déglutition (avaler la bouchée ou la gorgée).

1 Indépendance complète ou modifiée

Mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau, fourchette, etc.) OU requiert plus de temps que la normale OU nécessite des aliments à consistance modifiée. Si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides) OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

5.4 CONTINENCE

Elle inclut deux actions :

- le contrôle de la miction : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle ;
- le contrôle de la défécation : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

1 Indépendance complète ou modifiée

Contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériels spécifiques pour la continence :

- urinaire : urinal, bassin de lit, chaise d'aisance, couche, serviette absorbante, sonde, collecteur urinaire, médicaments ;
- fécal : bassin de lit, chaise d'aisance, stimulation digitale, lavement, médicaments, poche de stomie.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (éducation) OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc.) pour au moins l'une des deux actions, OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour).

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques :

Pour un patient porteur d'une sonde à demeure, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier :

- si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1
- si un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2
- si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

Pour un patient porteur d'un système de stomie, c'est la gestion de ce système qui est évaluée (cotations : voir ci-dessus).

6.5 COMPORTEMENT

Il inclut une action, l'interaction sociale, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

1 Indépendance complète ou modifiée

Se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médications pour garder le contrôle.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 Assistance partielle

Ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 Assistance totale

Se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives ; langage excessif, grossier, violent ; rires et pleurs excessifs ; violences physiques ; attitude très renfermée ou sans interaction.

Remarque : la démence ou toute autre affection mentale du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité et à l'aide d'un ou plusieurs codes de la CIM-10.

6.6 RELATION et COMMUNICATION

Elles incluent deux actions :

- la compréhension d'une communication visuelle ou auditive ;
- l'expression claire du langage verbal et non verbal.

1 Indépendance complète ou modifiée
Comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement
Requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support, etc.).

3 Assistance partielle
Ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 Assistance totale
Ne s'exprime pas et/ou ne communique pas OU le fait de façon inappropriée.

Format informatique des fichiers devant être produits par les établissements de santé dans le cadre du recueil d'information PMSI en SSR

Format M05 des résumés hebdomadaires standardisés

Libellé des variables		Taille	Début	Fin	Format des valeurs
N° FINESS de l'établissement		9	1	9	
N° de version du format du RHS		3	10	12	M05
Numéro de séjour SSR		7	13	19	
Numéro administratif de séjour		20	20	39	
Zone réservée		20	40	59	
Date de naissance		8	60	67	JJMMAAAA
Sexe		1	68	68	1=homme,2=femme
Code postal du lieu de résidence		5	69	73	
Type d'hospitalisation		1	74	74	
Date d'entrée		8	75	82	JJMMAAAA
Mode d'entrée		1	83	83	
Provenance		1	84	84	
Date de sortie		8	85	92	JJMMAAAA
Mode de sortie		1	93	93	
Destination		1	94	94	
Numéro de la semaine		6	95	100	semaine+Année
Journées hors week-end		5	101	105	0=absent 1=présent
Journées week-end		2	106	107	0=absent 1=présent
Numéro unité médicale		4	108	111	
Type d'autorisation de l'unité médicale		3	112	114	
Date de l'intervention chirurgicale		8	115	122	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge		8	123	130	OMS-CIM 10
Manifestation morbide principale		8	131	138	OMS-CIM 10
Affection étiologique		8	139	146	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillage		1	147	147	
Dépendance au déplacement		1	148	148	
Dépendance à l'alimentation		1	149	149	
Dépendance à la continence		1	150	150	
Dépendance au comportement		1	151	151	
Dépendance à la relation		1	152	152	
Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)		2	153	154	00-99
Nombre d'actes CdARR dans ce RHS (n2)		3	155	157	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)		2	158	159	00-99
DAS n°1		8			OMS-CIM 10
…					
DAS n° n1		8			OMS-CIM 10
Acte CdARR n° 1	Code de l'intervenant	2			CdARR
	Code de l'acte CdARR	4			CdARR
	Nombre d'occurrence	2			
...					
Acte CdARR n°	Code de l'intervenant	2			CdARR

n2	Code de l'acte CdARR	4			CdARR
	Nombre d'occurrence	2			
	Code de l'acte	7			CCAM
	Code de la phase	1			CCAM
	Code de l'activité	1			CCAM
Acte CCAM n° 1	Nombre d'occurrence	2			
...					
	Code de l'acte	7			CCAM
	Code de la phase	1			CCAM
Acte CCAM n° n3	Code de l'activité	1			CCAM
	Nombre d'occurrence	2			

Format du fichier VID-HOSP (établissements publics et établissements privés financés sous DG) – version de l'année 2008

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° de sécurité sociale	13	1-13	Valeur manquante « XXXXXXXXXXXXX »
Date de naissance du patient	8	14-21	Au format JJMMAAAA Valeur manquante : « XXXXXXXX »
Sexe du patient	1	22-22	1 : Homme / 2 : Femme Valeur manquante : « X »
N° d'identification administratif de séjour	20	23-42	Doit être obligatoirement renseigné.
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	43-43	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X} cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2
Code de prise en charge du forfait journalier	1	44-44	{A, L, R, X} cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	45-46	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2 10 : Maladie 13 : Maladie régime local (Alsace – Moselle) 30 : Maternité 41 : Accident du travail 90 : Prévention maladie
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	47-47	0 : non / 1 : oui / 2 : en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient /3 : en attente de décision sur les droits du patient
Facturation du 18 euros	1	48-48	0 : non/ 1 : oui
Nombre de venues de la facture	3	49-51	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	52-61	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	62-71	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	72-81	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant lié à la majoration au parcours de soin	4	82-85	2+2 : Montant en centimes d'euros

Les établissements ayant une activité en médecine chirurgie obstétrique (MCO) ou encore d'hospitalisation à domicile MCO, ont la possibilité d'utiliser, au titre de la simplification de la mise en œuvre des système d'information, le format VID-HOSP défini pour le PMSI couvrant ces secteurs. Ce

dernier format, en 2008, comporte les informations suivantes en complément de celles figurant ci-dessus :
– clé du n° immatriculation (à la suite du n° de sécurité sociale)
– code grand régime (à la suite du précédent)
– code justification d'exonération du ticket modérateur (à la suite du n° d'identification administratif de séjour)
– type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire (à la suite du code de nature d'assurance)
– montant base remboursement (à la suite du montant lié à la majoration au parcours de soin)
– taux de remboursement (à la suite du précédent).
Le descriptif détaillé de ce format figure dans le manuel d'utilisation du logiciel MAGIC, de téléchargement libre

Fichier HOSP-PMSI (seulement s'il est nécessaire de constituer une table de correspondance)

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° de séjour SSR	7	1-7	Obligatoire
N° administratif du séjour ou du patient	20	8-27	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

Format du fichier des résumés standardisés de facturation (établissements privés financés sous OQN) : 7 types différents

Résumé standardisé de facturation de **type A** : Début de facture

Libellé des champs	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Valeur des champs
Type d'enregistrement	1	1	1	na		A
Numéro FINESS	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
Sexe	20	20	1	RHS groupé	61	
Code civilité	21	21	1	Type 2B	40	Recodage : MR=1/MME=2:MLE=2/SAN=3
N° de matricule	22	34	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	35	37	3	Type 2 CP	27	
Nature opération	38	38	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	39	40	2	Type 2 CP	77	
Justification d'exonération du TM	41	41	1	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	42	42	1	Note n°1		1=Assuré pris en charge/2=Assuré non pris en charge/3=Non Assuré avec prise en charge /4=Non Assuré sans prise en charge
N° de facture	43	51	9	Type 2 CP	30	
Code Gd régime	52	53	2	Type 2 CP	49	

Date Naissance	54	61	8	Type 2 CP	96	modification lié au format de la date
Rang de naissance	62	62	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	63	70	8	Type 2 CP	103	modification lié au format de la date
Date de sortie	71	78	8	Type 2 CP	109	modification lié au format de la date
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	79	86	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	87	94	8	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	95	102	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	103	110	8	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	111	118	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	119	126	8	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	127	134	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	135	142	8	Type 5 CP	115	

Résumé standardisé de facturation de **type B** : Prestations Hospitalières

Libellé des champs	**Début**	**Fin**	**Taille**	**Référence**	**Position référence**	**Valeur des champs**
Type d'enregistrement	1	1	1	na		B
Numéro FINESS	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	36	37	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	38	40	3	Type 3 CP	41	
Date de début de séjour	41	48	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	49	56	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Code acte	57	61	5	Type 3 CP	56	
Quantité	62	64	3	Type 3 CP	61	
Justification exonération TM	65	65	1	Type 3 CP	64	
Coefficient	66	70	5	Type 3 CP	65	
Code prise en charge FJ	71	71	1	Type 3 CP	70	
Coefficient	72	76	5	Type 3 CP	71	
Prix Unitaire	77	83	7	Type 3 CP	76	
Montant Base remboursement	84	91	8	Type 3 CP	83	

Taux Remboursement	92	94	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable AMO	95	102	8	Type 3 CP	94	
Montant total Facturé	103	110	8	Type 3 CP	102	
Montant remboursable AMC	111	117	7	Type 3 CP	122	
N° GHS	118	121	4	Type 3 CP	110	
Montant remboursé NOEMIE Retour	122	129	8	Entité NOP-PHS	47	
Nature opération récupération NOEMIE Retour	130	132	3	Entité NOP-MFI	27	

Résumé standardisé de facturation de **type I** : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé des champs	**Début**	**Fin**	**Taille**	**Référence**	**Position référence**	**Valeur des champs**
Type d'enregistrement	1	1	1	na		I
Numéro FINESS	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	36	43	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	44	51	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Nature d'interruption ou de fin de séjour	52	52	1	Type 3S	81	
Etablissement	53	66	14	Type 3S	67	N° FINESS

Note : Attention les informations concernant les dates de début et de fin de séjour de ce type de RSF proviennent de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3S dans le cas d'une interruption de séjour

Résumé standardisé de facturation de **type P** : Prestation Hospitalière Prothèses

Libellé	**Début**	**Fin**	**Taille**	**Référence**	**Position référence**	**Valeur des champs**
Type d'enregistrement	1	1	1	na		P
Numéro FINESS	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	36	43	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code LPP 1	44	56	13	Type 3F	43	
Quantité 1	57	58	2	Type 3F	70	

Tarif référence LPP/ Prix Unitaire 1	59	65	7	Type 3F	72	
Montant facturé 1	66	72	7	Type 3F	79	
Code LPP 2	73	85	13	Type 3F	86	
Quantité 2	86	87	2	Type 3F	113	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire 2	88	94	7	Type 3F	115	
Montant facturé 2	95	101	7	Type 3F	122	

Note : Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3F dans le cas de la pose de prothèse soumise au LPP. Dans ce cas elle correspond à la date de pose de la (des) prothèse(s)

Résumé standardisé de facturation de **type H** : Prestation Hospitalière Médicaments

Libellé	**Début**	**Fin**	**Taille**	**Référence**	**Position référence**	**Valeur des champs**
Type d'enregistrement	1	1	1	na		H
Numéro FINESS	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	36	43	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code UCD ou CIP	44	50	7	Type 3H	49	
Code Taux	51	51	1	Type 3H	56	
Prix d'achat	52	58	7	Type 3H	67	
Montant écart indemnisable	59	65	7	Type 3H	74	
Prix unitaire facturé	66	72	7	Type 3H	81	
Quantité	73	75	3	Type 3H	88	
Montant total facturé	76	82	7	Type 3H	91	

Note : Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3H dans le cas de la dispensation de médicament soumis au codage. Dans ce cas elle correspond à la date de dispensation

Résumé standardisé de facturation de **type C** : Honoraires

Libellé	**Début**	**Fin**	**Taille**	**Référence**	**Position référence**	**Valeur des champs**
Type d'enregistrement	1	1	1	na		C
Numéro FINESS	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	36	37	2	Type 4	39	
Discipline de prestation (ex	38	40	3	Type 4	41	

DMT)						
Justification exo TM	41	41	1	Type 4	54	
Date de l'acte	42	49	8	Type 4	70	Attention format de date différent
Code acte	50	54	5	Type 4	76	
Quantité	55	56	2	Type 4	81	
Coefficient	57	62	6	Type 4	83	
Dénombrement	63	64	2	Type 4	89	
Prix Unitaire	65	71	7	Type 4	91	
Montant Base remboursement	72	78	7	Type 4	98	
Taux Remboursement	79	81	3	Type 4	105	
Montant Remboursable par AMO	82	88	7	Type 4	108	
Montant des honoraire (dépassement compris)	89	95	7	Type 4	115	
Montant remboursable par AMC	96	101	6	Type 4	123	
Montant remboursé NOEMIE Retour	102	109	8	Entité NOP-PHS	47	
Nature opération récupération NOEMIE Retour	110	112	3	Entité NOP-MFI	27	

Résumé standardisé de facturation de **type M** : CCAM

Libellé	**Début**	**Fin**	**Taille**	**Référence**	**Position référence**	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		M
Numéro FINESS	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	36	37	2	Type 4	39	Attention format de date différent
Discipline de prestation (ex DMT)	38	40	3	Type 4	41	
Date de l'acte	41	48	8	Type 4	68	
Code CCAM	49	61	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	62	62	1	Type 4 M	56	
Activité	63	63	1	Type 4 M	57	
Phase	64	64	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	65	65	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	66	66	1	Type 4 M	60	
Modificateur 3	67	67	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	68	68	1	Type 4 M	62	
Association non prévue	69	69	1	Type 4 M	63	
Code remb exceptionnel	70	70	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	71	72	2	Type 4 M	71	

N° dent 2	73	74	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	75	76	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	77	78	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	79	80	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	81	82	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	83	84	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	85	86	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	87	88	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	89	90	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	91	92	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	93	94	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	95	96	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	97	98	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	99	100	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	101	102	2	Type 4 M	101	

Note : Attention les variables date de l'acte, DMT et Mode de traitement proviennent de l'enregistrement de type 4 présent avant tout enregistrement de type 4M dans le cas de codage des actes en CCAM.

Fichier HOSP-FACT (seulement s'il est nécessaire de constituer une table de correspondance)

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° administratif du séjour	20	1-20	Obligatoire : doit être strictement identique à celui du des RHS
N° d'entrée	9	21-29	Obligatoire : doit être strictement identique à celui des RSF°

Liste de sigles

PMSI	programme de médicalisation du système d'information
SSR	soins de suite ou de réadaptation
CNIL	commission de l'informatique et des libertés
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des oins au ministère chargé de la Santé
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
FINESS	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
OQN	objectif quantifié national
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
JJMMAAAA	jour jour mois mois année année année année
EHPA	établissement d'hospitalisation pour personne âgée
DAS	diagnostic associé significatif
CIM-10	classification internationale des maladies, 10ème révision
AVQ	score de dépendance aux activités de la vie quotidienne
CCAM	classification commune des actes médicaux
CdARR	catalogue des activités de rééducation – réadaptation
GMD	groupe de morbidité dominante
RHS	résumé hebdomadaire standardisé
RHA	résumé hebdomadaire anonyme
RSF	résumé standardisé de facturation
RSFA	résumé standardisé de facturation anonyme
VIDHOSP	fichier de chaînage non haché
ANOHOSP	fichier de chaînage haché
HOSPPMSI	table de correspondance entre les numéros administratifs de séjours et les numéros de séjour PMSI
HOSPFACT	table de correspondance entre les numéros d'entrée et les numéros administratifs de séjour
MAGIC	module de production par hachage de la clé de chaînage
GENRHA	générateur de résumés hebdomadaires anonymes
SSRHA	synthèse de séjour du résumé hebdomadaire anonymisé
AGRAF-SSR	module d'association et d'anonymisation des résumés hebdomadaires standardisés et des résumés standardisés de facturation
e-PMSI	plateforme de transmission des fichiers anonymes par internet sécurisé et de retour d'information

Index alphabétique

Fin de document



DIRECTION DES JOURNAUX OFFICIELS
26, RUE DESAIX - 75727 PARIS CEDEX 15

RENSEIGNEMENTS : TÉLÉPHONE : 01 40 58 79 79 - TÉLÉCOPIE : 01 45 79 17 84



N° 2009/2 *bis*.